

COMMENTAAR

Conservatieve geneeskunde: een aan te leren attitude?

Steven Vanderschueren

Geneeskunde is een dynamische wetenschap. Artsen kunnen kiezen uit steeds meer testen en behandelingen. Het risico van dit groeiende aanbod is een overmatig gebruik van middelen die niet steeds heilzaam, vaak duur en soms schadelijk zijn. Exponentieel toenemende budgetten voor gezondheidszorg plaatsen artsen ook voor een economische verantwoordelijkheid. Niet alles wat kan, mag of moet. Jongere artsen beoefenen vaak een duurder geneeskunde dan doorgewinterde collega's.¹ Het besef van kosten en betaalbaarheid dient dus steeds meer aan bod te komen in het medisch curriculum.

Dat met name in de Verenigde Staten het gebruik en de kosten van de gezondheidszorg de pan uitrijzen, is geen nieuws. Eerder onderzoek in de VS toonde dat regio's die veel spenderen aan gezondheidszorg niet noodzakelijk betere zorg of meer tevredenheid bieden.² Sommige schattingen suggereren dat tot 30% van de uitgaven voor gezondheidszorg overbodig zijn.³ Dit leidt tot de volgende vraag: welke factoren werken deze verkwisting in de hand? Recent onderzochten Amerikaanse onderzoekers de rol van de opleiding van internisten hierin.

AMERIKAANS ONDERZOEK

Sirovich en collega's beschrijven een associatie tussen de opleiding van artsen en hun vermogen om een afwachtend beleid te voeren wanneer nodig.⁴ Als maat van blootstelling berekenden de auteurs de 'End-of-life visit index'; dit is het gemiddelde aantal doktersbezoeken gedurende de laatste 6 levensmaanden van 65-plussers met een chronische ziekte in de betreffende regio. De onderzoekers gingen ervan uit dat deze index een goede weergave vormt van de intensiteit, ofwel de 'agressiviteit', van de praktijk.

Als uitkomstmaat golden de antwoorden van de artsen in opleiding op de 'American Board of Internal Medicine certifying examination'. De aandacht ging vooral uit naar de score op vragen die een terecht afwachtende houding peilden, bijvoorbeeld geen inhalatietherapie voorschrijven aan een asymptomatische roker met een goede long-

functie. Aan het andere eind van het spectrum selecteerden de onderzoekers die vragen die een terecht agressieve houding peilden, bijvoorbeeld onmiddellijk chirurgisch advies bij een echografisch verdachte ovariumcyste bij een 38-jarige vrouw.

Artsen in opleiding in een minder 'agressieve' omgeving bleken beter in staat waar nodig een conservatieve houding aan te nemen. Deze terecht afwachtende aanpak was onafhankelijk van de globale medische kennis (de totaalscore op het examen) en ging niet gepaard met het nalaten van een agressief beleid waar vereist.

INTERPRETATIE

Zowel bij de maat van blootstelling (frequentie van doktersbezoeken tijdens de laatste levensmaanden) als de uitkomstmaat (scores op examenonderdelen) kunnen vragen gesteld worden. In hoeverre strookt wat een arts in opleiding op het examenformulier invult met zijn of haar beslissingen in de dagelijkse praktijk? Bovendien laat de situatie in de VS zich niet eenduidig vertalen naar die in Nederland of België. Toch vormt dit onderzoek een mooie illustratie van het gegeven dat een opleiding meer is dan alleen het doorgeven van kennis. Ook een attitude, een manier van zorg verlenen, wordt aangeleerd. Opleiders zijn zich niet altijd bewust dat ze een rolmodel zijn; dit wordt ook wel het verborgen curriculum genoemd.

MINIMALISME: EEN REFLECTIE

We kunnen niet langer filet mignon bestellen bij iedere maaltijd.⁵ Deze overtuiging wordt stilaan gemeengoed. We weten dat we beter geen antibiotica voorschrijven bij patiënten met een bovensteluchtweginfectie, dat statines geen voordeel bieden bij chronisch hartfalen, dat we geen PSA bepalen bij een hoogbejaarde man met een beperkte levensverwachting, dat thoraxradiografie niet routinematig hoeft bij een preoperatieve screening, dat we geen MRI moeten bestellen bij iedere patiënt met acute rugpijn, en dat beeldvormend onderzoek van de hersenen bij een ongecompliceerde syncope en niet-afwijkend klinisch onderzoek overbodig is.⁶

Toch gaat minimalisme, het principe 'less is more',⁷ verder dan een kostenbewustzijn. Soms is niet-doen een kunst, ver van intellectuele luiheid. Waakzaam afwachten en een patiënt geruststellen wanneer nodig vergt een grondige kennis van het natuurlijke beloop van een aandoening en van de waarde en de beperkingen van testen.⁸

UZ Leuven, afd. Algemene Inwendige Geneeskunde, Leuven, België.

Prof.dr. S. Vanderschueren, internist

(steven.vanderschueren@uzleuven.be).

Een minimalistische aanpak vergt communicatievaardigheid, een accurate klinische inschatting en een vertrouwde met de medische besliskunde. We zijn beslagen in het inwinnen van een informed consent, het inlichten van patiënten over de voor- en nadelen van een test of van een behandeling. We moeten beter worden in het uitleggen van de voor- en nadelen van niet-testen of niet-behandelen. We moeten af van de gedachte dat iets niet doen laakbaar is omdat het effect moeilijker aantoonbaar is of omdat er geen vergoeding voor is.

CONCLUSIE

Overconsumptie mijden en tegelijk alle zeilen bijzetten wanneer nodig, dat blijft een moeilijk evenwicht. Het

onderzoek van Sirovich en collega's suggereert dat beide doelen te combineren zijn en dat de opleiding een rol kan spelen bij het intomen van de verkwisting van eindige middelen.⁴ Minimalistische geneeskunde is wellicht aan te leren, al dienen de opleiders bij zichzelf te beginnen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 18 september 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 014 ;158:A8268



KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8268

LITERATUUR

- 1 Mehrotra A, Reid RO, Adams JL, Friedberg MW, McGlynn EA, Hussey PS. Physicians with the least experience have higher cost profiles than do physicians with the most experience. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31:2453-63.
- 2 Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med*. 2003;138:288-98.
- 3 Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012;307:1513-6.
- 4 Sirovich BE, Lipner RS, Johnston M, Holmboe ES. The association between residency training and internists' ability to practice conservatively. *JAMA Intern Med*. 1 september 2014 (epub).
- 5 Vergheze A. Culture shock—patient as icon, icon as patient. *N Engl J Med*. 2008;359:2748-51.
- 6 Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307:1801-2.
- 7 Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med*. 2010;170:749-50.
- 8 Korenstein D, Smith CD. Celebrating minimalism in residency training. *JAMA Intern Med*. 1 september 2014 (epub).